

BAB III
LAPORAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. PENGKAJIAN

Identitas	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. O	Ny. Y
Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
Umur	36 tahun	26 tahun
Status perkawinan	Belum menikah	Menikah
Agama	Islam	Islam
Pekerjaan	Buruh harian lepas	Pedagang
Pendidikan terakhir	SD	SMA
No.RM	130390	130665
Alamat	Jl. Bbk. Irigasi rt 5/rw 7	Jl.kopo gg.H.Yusuf rt 8/1
Diagnosa medis	Post Laparatomi eksplorasi a./i apendisitis	Post Laparatomi eksplorasi + apendiktomi
Tanggal masuk rs	14/10/2024 Jam 21.27	15/10/2024 jam 20.46
Tanggal dilakukan operasi	15/10/2024 jam 10.00	16/10/2024 jam 19.30
Tanggal pengkajian	16/10/2024 jam 14.00	17/10/2024 jam 14.00
Keluhan utama	Klien mengeluh nyeri pada bagian luka pascabedah	Klien mengeluh nyeri pada bagian luka pascabedah
Riwayat penyakit sekarang	Beberapa hari yang lalu pasien datang ke IGD RSUD Bandung Kiwari dengan keluhan nyeri di area perut disertai muntah muntah , sebelumnya pasien saat di rumah mengeluh nyeri bagian perut kanan bawah, namun pasien menganggap nyeri biasa dan hanya sakit lambung hingga pasien rutin mengkonsumsi obat lambung, namun makin lama nyeri di area perutnya dirasakan semakin kuat dan disertai muntah muntah maka akhirnya pasien datang ke rs. Saat di IGD pasien mengeluh nyeri seperti di remas2 , skala nyeri di 8 dengan rentang 1-10 nyeri , kemudian pasien dilakukan pemeriksaan darah , urin lengkap , USG	Beberapa hari yang lalu pasien datang ke IGD RSUD Bandung Kiwari dengan mengeluh nyeri perut kanan bawah, sebelumnya saat di rumah keluhan nyeri perut disertai adanya mual , lalu pasien berinisiatif berobat ke klinik swasta namun tidak ada perbaikan sehingga pasien dan keluarga memutuskan untuk ke rs.Pasien dilakukan pemeriksaan di IGD dengan pengambilan sampel darah dan USG serta pemeriksaan rontgen thorax , kemudian pasien dipindahkan ke ruang rawat inap . Pada saat dikaji pasien tanggal 17 Oktober mengeluh nyeri pada area luka pascabedah ,dengan riwayat operasi di tanggal 16 Oktober 2024

	<p>abdomen , pemberian analgetik, dan pemeriksaan rontgen kemudian pasien dipindahkan ke rawat inap di jam 23.58 Pada saat pengkajian tanggal 16 Oktober 2024 klien mengeluh nyeri pada luka operasi , riwayat operasi dilakukan di tanggal 15 Oktober 2024 , skala nyeri ada pada angka 6 dengan rentang 1-10 , nyeri dirasakan di area perut dan tidak menyebar, nyeri seperti ditusuk tusuk dan dirasakan sekali kali , nyeri dirasakan bertambah bila merubah posisi tidur dan berkurang bila istirahat.</p>	<p>jam 19.30, nyeri ada pada skala 5 dengan rentang 1-10 , nyeri dirasakan pada area perut dan tidak menyebar , nyeri dirasakan sesekali , nyeri bertambah bila merubah posisi tidur dan berkurang bila dibawa istirahat .</p>
Riwayat kesehatan dahulu	<p>Pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dengan keluhan yang sama di RS. Immanuel kurang lebih sekitar 1 tahun yang lalu namun pasien tidak selesai melakukan pengobatan dan belum mengetahui diagnosa pastinya karena pasien pulang paksa dari rumah sakit . pasien tidak memiliki riwayat pembedahan sebelumnya, pasien memiliki riwayat cedera kepala sejak umur 8 tahun, pasien memiliki riwayat minum obat lambung karena keluhan dari nyeri perutnya, selain itu pola hidup pasien yang makan tidak teratur , minum kopi dan juga merokok.</p>	<p>Pasien mengatakan memiliki riwayat pembedahan biopsi mammae pada tahun 2023, namun pasien tidak memiliki riwayat transfusi . Menurut pasien , pasien tidak pernah mengkonsumsi makanan pedas , namun pola hidup pasien yang sehari hari bekerja di mall pasien sering mengkonsumsi makanan instan.</p>
Riwayat kesehatan keluarga	<p>Pasien mengatakan di keluarga tidak memiliki riwayat penyakit jantung , paru, DM, maupun hipertensi</p>	<p>Pasien mengatakan di keluarga tidak memiliki riwayat penyakit jantung , paru, DM, maupun hipertensi</p>

Riwayat spiritual	psikososial	<p>Pasien seorang buruh yang sehari-hari bekerja sebagai badut di pinggir jalan, pasien masih bisa diajak komunikasi secara kooperatif dan dibantu oleh ibunya. Pasien tidak aktif di kegiatan sosial ataupun di masyarakat. Selama di rumah sakit pasien berinteraksi dengan dokter dan perawat. Selama sakit pasien ditunggu oleh ibunya.</p> <p>Pasien seorang yang beragama Islam, saat di rumah biasa melakukan shalat hanya yang wajib saja, tidak pernah mengikuti kegiatan pengajian atau lainnya, selama sakit pasien tidak menjalankan shalat lima waktu karena merasa nyeri dengan luka operasi, klien merasa sakitnya ini merupakan ujian dan teguran dan berharap bisa secepatnya pulang. Pasien juga mendapatkan dukungan dari keluarganya untuk sembuh.</p>	<p>Pasien seorang ibu 2 anak dan saat ini masih menyusui anaknya yang berusia 1 tahun, pasien seorang ibu rumah tangga dan juga berjualan baju di pasar baru, pasien merasa puas dengan perannya sebagai istri dan ibu, pasien tidak aktif di kegiatan di masyarakat. Selama sakit pasien berinteraksi dengan dokter dan perawat. Selama sakit pasien ditemani oleh suaminya.</p> <p>Pasien seorang yang beragama Islam, selama sakit pasien beribadah dibantu oleh suaminya, pasien merasa bahwa sakit yang dialaminya merupakan ujian dari Allah, pasien selama ini beribadah hanya yang wajib saja belum melakukan ibadah yang bersifat sunat. Pasien berharap ingin secepatnya pulih agar bisa berkumpul dengan anak-anaknya di rumah.</p>
Observasi dan pemeriksaan fisik pasien		Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum		Klien tampak lemah dan meringis jika ingin merubah posisi tidur, klien tampak berhati-hati dan mengatakan ingin mencoba untuk duduk, klien dibantu oleh ibunya dalam beraktivitas.	Klien tampak meringis dan berhati-hati saat merubah posisi tidur, klien dalam beraktivitas dibantu oleh suaminya.
Kesadaran		Compos mentis, GCS 15, E4M6V5	Compos mentis, GCS 15, E4M6V5
Pemeriksaan tanda-tanda vital		TD: 121/78, Nadi : 100x/mnt, rr: 22x/mnt, suhu : 36,8, spo2 : 99%	TD: 114/80, Nadi : 95x/mnt, rr: 20x/mnt, suhu 36,0, spo2 : 100%
Status Antropometri		Bb: 47 kg, TB : 160 BMI : 18,3 (KURUS)	Bb: 49, TB: 155 BMI : 20,4 (normal)

	LP: 66 cm	LP: 70 cm
Kenyamanan /nyeri	Nyeri di bagian abdomen bawah	Nyeri di bagian abdomen bawah
Sistem Pernafasan	Pola nafas reguler, pengembangan paru simetris, respirasi 22 kali permenit. tidak terdapat pernafasan cuping hidung, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan	Pola nafas reguler, pengembangan paru simetris, respirasi 18 kali permenit. tidak terdapat pernafasan cuping hidung, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.
Sistem Kardiovaskuler	Konjungtiva tidak anemis, tekanan darah 121/78 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, akral hangat, CRT < 3 detik, tidak terdapat edema di kedua ekstremitas, tidak terdapat varises dan nyeri tekan	Konjungtiva tidak anemis, tekanan darah 114/80 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, akral hangat, CRT < 3 detik, tidak terdapat edema di kedua ekstremitas, tidak terdapat varises dan nyeri tekan
Sistem Pencernaan	Mukosa bibir kering , gigi kotor ada gigi berlubang. Reflek menelan ada. Tidak ada kesulitan menelan. bising usus 5x/menit. Perkusi terdengar bunyi timpani di semua kuadran abdomen. Muntah dan mual tidak ada. Hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri tekan saat di palpasi	Mukosa bibir lembab, gigi bersih tidak ada gigi yang berlubang. Reflek menelan ada. Tidak ada kesulitan menelan. bising usus 5x/menit. Perkusi terdengar bunyi timpani di semua kuadran abdomen. Muntah dan mual tidak ada. Hemoroid tidak ada, tidak ada nyeri tekan saat di palpasi
Sistem Persarafan	Kesadaran klien <i>compos mentis</i> , orientasi waktu baik, fungsi pengecapan, penciuman, pendengaran, dan penglihatan klien baik, reflek patella positif, reflek bisep dan trisep positif	Kesadaran klien <i>compos mentis</i> , orientasi waktu baik, fungsi pengecapan, penciuman, pendengaran, dan penglihatan klien baik, reflek patella positif reflek bisep dan trisep positif .
Sistem endokrin	Tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening dan tiroid. Tidak ada pengeluaran keringat berlebih	Tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening dan tiroid. Tidak ada pengeluaran keringat berlebih

Sistem Perkemihan	Saat dilakukan pengkajian klien masih terpasang dower cateter dengan pengeluaran 4 jam 800 cc berwarna kuning jernih, saat di palpasi, tidak ada distensi kandung kemih.	Saat dilakukan pengkajian klien masih terpasang dower cateter dengan pengeluaran 4 jam 1000 cc berwarna kuning jernih, saat di palpasi, tidak ada distensi kandung kemih
Sistem reproduksi	Pasien terpasang dower kateter, untuk bab pasien belum bab pada saat dikaji , tidak ada keluhan nyeri pada area genitalia tidak ada masa dan tidak ada keluhan gatal .	Pasien terpasang dower kateter, untuk bab pasien belum bab pada saat dikaji , tidak ada keluhan nyeri pada area genitalia tidak ada masa dan tidak ada keluhan gatal, tidak ada varises pada vagina
Sistem muskuloskeletal	Kedua ekstremitas kanan dan kiri simetris. Kekuatan otot 5 5 5 5 Rentang gerak bebas tidak ada masalah.klien terpasang infus ditangan kiri RL 1500cc/24 jam: 62,5 cc/ jam	Kedua ekstremitas kanan dan kiri simetris. Kekuatan otot 5 5 5 5 Rentang gerak bebas tidak ada masalah.klien terpasang infus ditangan kanan Asering 15 tpm : 45 cc/jam
Sistem Integumen	Rambut berwarna hitam, kulit kepala tampak berminyak , distribusi rambut merata, turgor kulit elastis, terdapat luka operasi di bagian perut memanjang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing. Tidak tampak tanda – tanda infeksi pada luka operasi. 	Rambut berwarna hitam, kulit kepala tampak berminyak , distribusi rambut merata, turgor kulit elastis, terdapat luka operasi di bagian perut memanjang panjangnya 12 cm luka ditutup dengan transparan dressing. Tidak tampak tanda – tanda infeksi pada luka operasi 

HASIL PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Konsep diri	<ul style="list-style-type: none"> - Gambaran diri : Klien menganggap dirinya seorang laki laki dan merasa puas dengan tubuhnya saat ini , tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai - Peran diri : Klien mengatakan perannya adalah sebagai anak di rumah , yang berusaha untuk membantu ibunya dengan bekerja . - Ideal diri : Klien berharap agar dirinya cepat pulih dan pulang ke rumah - Harga diri : klien yakin akan segera pulih dari penyakitnya dan pulang ke rumah. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gambaran diri : Klien menganggap dirinya seorang ibu dan istri dan merasa puas dengan tubuhnya saat ini , tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai - Peran diri : Klien mengatakan perannya adalah sebagai istri dan ibu untuk 2 anaknya di rumah . - Ideal diri : Klien berharap agar dirinya cepat pulih dan pulang ke rumah berkumpul bersama dengan anaknya apalagi posisi pasien sedang menyusui anaknya yang paling kecil . - Harga diri : klien yakin akan segera pulih dan mampu merawat anaknya setelah pulang dari rumah sakit.
Pengkajian cemas dengan skala VAS	TOTAL SKOR tidak ada kecemasan	TOTAL SKOR tidak ada kecemasan
Pengkajian sakit	Klien mengatakan sakitnya kali ini merupakan ujian dari	Klien mengatakan sakitnya kali ini merupakan ujian dari Allah yang diberikan

Pemaknaan sakit	<p>Allah yang diberikan kepadanya , Klien sudah menerima dan ikhlas saat dirinya harus dilakukan operasi pada area perutnya. Saat ini klien mendapat dukungan dari orang tuanya dan kerabat yang lain. Sebelum sakit klien melakukan kegiatan shalat seperti biasa, namun pada saat sakit klien merasa terbatas untuk melakukan kegiatan ibadah . Pasien mengeluh untuk merubah posisi tidur kesulitan apalagi untuk melakukan shalat.</p>	kepadanya , Klien sudah menerima dan ikhlas saat dirinya harus dilakukan operasi pada area perutnya.
Penerimaan sakit		Saat ini klien mendapat support dari suami orang tuanya dan kerabatnya yang lain.
Dukungan sosial		Pada saat sakit klien mampu melakukan ibadah shalat sehingga klien perlu dibantu oleh suaminya dalam melakukan kegiatan ibadah.
Ibadah		

Hasil pengkajian aktivitas sehari hari

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Nutrisi	Klien pada saat dikaji tidak puasa sudah boleh makan , pasien makan baru bubur ditambah sayuran dan protein ditambah buah	Klien pada saat dikaji tidak puasa sudah boleh makan , pasien makan bubur dulu ditambah ada sayur dan protein juga puding .
Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> • Terpasang kateter urin selama 4 jam 800 cc kuning jernih • Terakhir bab hari kemarin, untuk hari ini pasien belum bab 	<ul style="list-style-type: none"> • Terpasang kateter urin selama 4 jam 1000 cc kuning jernih • Terakhir bab hari kemarin, untuk hari ini pasien belum bab
Cairan	<p>Terpasang infus RL 1500/24 jam : 62, 5 cc per jam Intake per 24 jam : total : 2300 Output total urin : 2000 cc IWL per 24 jam : 480 = -180</p>	<p>Terpasang infus Asering 15 tpm: 45 cc per jam Intake per 24 jam total : 2080 Output urin total : 1800 Iwl per 24 jam : 480 = -200</p>

Olahraga	Klien mengatakan jarang melakukan aktivitas fisik berolahraga	Klien mengatakan jarang melakukan aktivitas fisik berolahraga
Higienitas	Secara keseluruhan penampilan pasien cukup bersih	Secara keseluruhan pasien tampak bersih
Istirahat tidur	Klien mengatakan semalam sempat susah tidur karena gerah , namun saat ini klien sudah bisa tidur	Klien sudah tidur , tidak ada gangguan pola tidur
Kebiasaan minum obat /minuman keras	Tidak ada	Tidak ada
Kebiasaan merokok	Pasien memiliki riwayat perokok berat	Pasien tidak memiliki riwayat kebiasaan merokok

Hasil pemeriksaan penunjang pasien

Pemeriksaan	Hasil Pasien 1 14/10/2024	Hasil Pasien 2 15/10/2024	Nilai Rujukan	Satuan
Darah rutin				
Hemoglobin	11,8	9,8	12,0 – 15,0	gr/dL
Leukosit	6450	9.020	3.600-10.600	Sel/uL
Trombosit	275.000	384.000	150.000-450.000	Sel/uL
Hematokrit	36	30.50	35-49	%
Gds	90	92	<160	Mg/dl
Darut		17/10/2024		
Hemoglobin		11,3	12,0 – 15,0	gr/dL
Leukosit		12.360	3.600-10.600	Sel/uL
Trombosit		430.000	150.000-450.000	Sel/uL
Ht		34.30	35-49	%
Pt	10,7	11,0	9,9-11,8	
Aptt	27,6	30,0	23-31,9	
Inr	0,94	0,97	0-89-1,13	
Usg abdomen	Tanggal 14/11/2024	Tgl 16/11/2024		
	USG hepatobilier , limpa, pankreas, kedua ginjal dan VU saat ini tidak tampak kelainan Kesan : sugestif app akut	Mc burney tampak koleksi bebas cairan minimal a/r mc burney dengan hipoperistaltik		

		tampak reverbasi udara collon berlebih Kesan : sugestif app distensi colon		
Thorax foto	14/10/2024	16/10/2024		
	Kesan : tidak tampak Tb	Kesan : tidak paru aktif /BP , tidak tampak kardiomegali		
Urin lengkap	14/10/2024	16/10/2024		
Lain lain	Positif benang- mukosa			
Leukosit	4-7	Banyak		
Bakteria	Negatif	Positif		

Terapi pasien obat pasien 1 dan 2

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
Pasien 1			
Rl	500/24 jam	iv	Untuk mengganti cairan tubuh yang hilang saat luka, cedera , atau menjalani operasi
Ceftriaxon	1x2 gr (jam 18.00)	Iv	Golongan antibiotik spektrum luas terhadap bakteri positif , negatif dan anaerob
Ketorolac	3x30 mg (16.00-24.00-08.00)	Iv	Untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah
Omeprazole	2x40 mg (18.00-06.00)	Iv	Golongan inhibitor untuk tukak lambung, dan tukak duodenum .
Paracetamol	3x1 gr (13.00-21.00-05.00)	Iv	Untuk meredakan nyeri atau demam
Urinter	2x400 mg (18.00-06.00)	p.o	Untuk mengatasi infeksi saluran kemih baik akut maupun kronis
Ondansetron	3x4 mg iv (13.00-21.00-05.00)	Iv	Untuk penanganan mual muntah pasca operasi
Pasien 2			
Asering	15 tpm	Iv	Untuk menyeimbangkan elektrolit

			sebagai pengganti cairan atau kehilangan cairan akut
Ceftriaxon	2x1 gram (18.00-06.00)	Iv	Golongan antibiotik spektrum luas terhadap bakteri positif, negatif dan anaerob
Omeprazole	2x40 mg (18.00-06.00)	Iv	Golongan inhibitor untuk tukak lambung, dan tukak duodenum
Paracetamol	3x1 gr (13.00-21.00-05.00)	Iv	Untuk meredakan nyeri atau demam
Ondansetron	3x4 mg (16.00-00.00-08.00)	Iv	Untuk penanganan mual muntah
Ketorolac	3x30 mg (16.00-00.00-08.00)	Iv	Untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah
Urinter	2x 400 mg (18.00-06.00)	p.o	Untuk mengatasi infeksi saluran kemih baik akut maupun kronis
Dexketoprofen	3x50 mg (16.00-00.00-08.00)	Iv	Golongan antiinflamasi steroid untuk Meredakan nyeri
	(bila sudah POD 1)		

Analisa Data pasien 1

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di bagian luka pascabedah - Skala nyeri sedang 6 (rentang 1-10) - Nyeri bertambah bila merubah posisi tidur dan berkurang bila istirahat - Nyeri seperti ditusuk2 dirasakan sesekali dan tidak menjalar ke area lain <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan ketika bergerak dan merubah posisi tidur 	<p>Luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan jaringan</p> <p>↓</p> <p>Ujung saraf terputus</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan prostaglandin</p> <p>↓</p> <p>Spinal cord</p> <p>↓</p> <p>Cortex cerebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Ttv pasien :td : 120/61, nadi : 100x/mnt, rr: 20x/mnt , suhu : 36,0 - Terdapat luka post LE di abdomen tertutup perban - Pasien terlihat mengurangi gerakan (diam) 		
<p>Ds: - Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pascabedah laparatomi - Terdapat luka post op sepanjang 12 cm tertutup perban - Klien terlihat meringis saat merubah posisi 	<p>Tindakan post laparatomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Gangguan integritas kulit</p>	<p>Gangguan integritas Kulit</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pada saat sakit tidak mampu melakukan kegiatan ibadah shalat <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat merubah posisi 	<p>Tindakan operasi ↓ Nyeri akut ↓ Keterbatasan fisik ↓ Hambatan religiusitas</p>	<p>Hambatan religiusitas</p>

Analisa data pasien 2

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri luka pascabedah - Skala nyeri sedang 5 rentang 1-10 - Klien mengatakan nyeri memberat bila merubah posisi tidur dan berkurang bila tidur - Nyeri seperti ditusuk tusuk dan tidak menyebar ke area lain . 	<p>Luka insisi ↓ Kerusakan jaringan ↓ Ujung saraf terputus ↓ Pelepasan prostaglandin ↓ Spinal cord ↓ Cortex cerebri ↓ Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ttv : td 124/81(89), nadi : 95x/mnt, Rr: 20x/mnt, suhu : 36, spo2 100% -Pasien tampak berhati2 saat merubah posisi tidur - Terdapat luka post LE di abdomen tertutup perban 		
<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pascabedah laparatomi - Terdapat luka post op sepanjang 12 cm tertutup perban - Klien terlihat berhati hati saat merubah posisi tidur 	<p>Tindakan post laparatomi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan integritas kulit</p>	Gangguan integritas kulit

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan post LE +APP :

	Pasien 1		Pasien 2	
No	Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan
1	15/10/2024	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan :</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di bagian luka pascabedah - Skala nyeri sedang 6 (rentang 1-10) - Nyeri bertambah bila 	16/10/2024	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan :</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pascabedah - Skala nyeri sedang 5 rentang 1-10 - Klien mengatakan

		<p>merubah posisi tidur dan berkurang bila istirahat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri seperti ditusuk2 dirasakan sesekali dan tidak menjalar ke area lain <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan ketika bergerak dan merubah posisi tidur - Ttv pasien :td : 120/61, nadi : 100x/mnt, rr: 20x/mnt , suhu : 36,0 - Terdapat luka post LE di abdomen tertutup perban - Pasien terlihat mengurangi gerakan (diam) 		<p>nyeri memberat bila merubah posisi tidur dan berkurang bila tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri seperti ditusuk tusuk dan tidak menyebar ke area lain . <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ttv : td 124/81(89), nadi : 95x/mnt, Rr: 20x/mnt, suhu : 36, spo2 100% - Pasien tampak berhati2 saat merubah posisi tidur - Terdapat luka post LE di abdomen tertutup perban
2	15/10/2024	Gangguan integritas kulit b.d prosedur	16/10/2024	Gangguan integritas kulit b.d prosedur pembedahan

		<p>pembedahan yang ditandai dengan :</p> <p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pascabedah laparatomi - Terdapat luka post op sepanjang 12 cm tertutup perban - Klien terlihat meringis saat merubah posisi tidur 		<p>yang ditandai dengan :</p> <p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pascabedah laparatomi - Terdapat luka post op sepanjang 12 cm tertutup perban - Klien terlihat berhati hati saat merubah posisi tidur
3	15/10/2024	<p>Hambatan religiusitas b.d kesehatan fisik ditandai dengan :</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pada saat sakit tidak mampu melakukan kegiatan ibadah shalat <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat merubah posisi 		-

C. Rencana Keperawatan

Tabel Rencana Keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan keperawatan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Skala nyeri menurun jadi 3 (rentang 1-10) - Meringis menurun - Klien dapat melakukan Teknik non farmakologis saat ada respon nyeri	Manajemen nyeri dan terapi SEFT OBSERVASI 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi respon nyeri non verbal, observasi tanda tanda vital 5. Identifikasi minat terhadap Tindakan SEFT 6. Monitor keberhasilan terapi SEFT 7. Monitor efek samping penggunaan obat analgesic TERAPEUTIK 8. Ajarkan Teknik nonfarmakologi relaksasi nafas dalam saat nyeri 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan , kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat tidur	1. Untuk mengetahui sejauh mana nyeri yang dirasakan lokasi, dan kualitas 2. Mengetahui sejauh mana nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui intervensi selanjutnya . 4. Mengetahui reaksi non verbal pasien terhadap nyeri , pengukuran tanda vital memberikan data dasar untuk rangsangan nyeri 5. Menentukan apakah terapi SEFT bisa diaplikasikan pada klien 6. Agar mengetahui keberhasilan SEFT dalam mengurangi nyeri

			<p>11. Berikan terapi <i>SEFT</i> pada pasien</p> <p>EDUKASI</p> <p>12. Jelaskan penyebab , periode dan pemicu nyeri</p> <p>13. Jelaskan strategi meredakan nyeri dengan menarik nafas dalam melalui hidung tahan kurang lebih 2-3 detik, hembuskan melalui mulut perlahan – lahan.</p> <p>14. Jelaskan tentang strategi meredakan nyeri dengan terapi <i>seft</i> mulai manfaat dan tata cara <i>seft</i></p> <p>KOLABORASI</p> <p>15. Kolaborasi pemberian analgesic sesuai instruksi dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pct 3x1 gr iv - Ketorolac 3x 30 mg iv 	<p>7. Mengetahui keefektifan analgetik terutama dalam penanganan nyeri</p> <p>8. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik yang bertujuan melepaskan ketegangan dan mengurangi emosional</p> <p>9. Lingkungan yang tenang dan nyaman akan menurunkan stimulus stress sehingga diharapkan dapat menurunkan rangsang nyeri yang berasal dari faktor eksternal</p> <p>10. Nyeri dapat membuat klien kehilangan banyak energi sehingga dibutuhkan istirahat untuk mengembalikan energi</p> <p>11. Untuk menangani gangguan sistem energi pada tubuh</p>
--	--	--	--	--

				<p>dan menghilangkan emosi negatif sehingga diharapkan intensitas nyeri berkurang</p> <p>12. Dengan mengetahui penyebab dan pemicu dapat menentukan intervensi selanjutnya.</p> <p>13. Meningkatkan pengetahuan klien sehingga klien bisa mempraktekannya dengan benar</p> <p>14. Meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga sehingga klien mau dan menerima tindakan SEFT untuk mengurangi nyeri</p> <p>15. Obat Analgetik dapat memblok pembentukan prostaglandin dengan jalan menghinibisi enzim siklooksigenase pada daerah yang terluka</p>
--	--	--	--	---

				dengan mengurangi pembentukan mediator nyeri
2	Gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka pascahedah kering - Tidak ada tanda tanda infeksi pada luka - Nilai leukosit dalam batas normal (3600-10600) 	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasang balutan sesuai jenis luka 4. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Jadwalkan perubahan posisi tidur sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Anjurkan mengkonsumsi makanan TKTP <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian antibiotik jika diperlukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan mengobservasi karakteristik luka petugas dapat berpikir kritis dan bertanggung jawab dalam intervensi selanjutnya. 2. Dengan memonitor tanda infeksi mencegah terjadinya luka yang tidak diharapkan 3. Memasang luka balutan pada pasien menghindari terjadinya ada infeksi pada luka 4. Untuk menghindari terjadinya infeksi 5. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 6. Dengan mengetahui tanda dan gejala , pasien bisa melaporkan bila ada

				<p>salah satu tanda gejala terjadi</p> <p>6. Diet TKTP bisa mempercepat proses penyembuhan luka</p> <p>7. Untuk mencegah terjadinya infeksi</p>
3	Hambatan religiusitas b.d kesehatan fisik	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam , kesejahteraan spiritual meningkat dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya pengetahuan tentang praktik ibadah - Meningkatnya praktik ibadah ritual - Ketenangan hati dan jiwa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbing pasien dalam melakukan kegiatan ibadah 2. Lakukan kegiatan bimbingan doa 3. Motivasi pasien dan keluarga dalam pelaksanaan ibadah 4. Berikan fasilitas pasien dalam melakukan kegiatan keagamaan 5. Beri dukungan emosi dan spiritual kepada pasien 6. Kolaborasi dengan ahli keagamaan bila diperlukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien mengetahui tata cara beribadah ketika saat sakit 2. Dengan melakukan bimbingan doa diharapkan memberikan ketenangan secara spiritual kepada pasien 3. Diharapkan pasien mampu mengikuti kegiatan ibadah meskipun sedang sakit 1. Agar pasien mau dan mampu untuk melakukan kegiatan ibadah 2. Agar pasien merasa tenang dan damai

				3. Meningkatkan spiritual pasien
--	--	--	--	----------------------------------

D. Implementasi

Tabel Implementasi

Dx	Hari/tanggal	Implementasi dan evaluasi pasien 1		DX	Hari/tgl	Implementasi dan evaluasi pasien 2	
		Implementasi	Evaluasi			Implementasi	Evaluasi
1	Rabu , 16/10/2024 Jam 13.00	1. Melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Diagnosa ke 1 jam 19.00 Nyeri akut :	1	Kamis, 17/10/2024 Jam 13.00	1. Melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Jam 19.00 Diagnosa ke 1 nyeri akut S: - klien mengatakan nyeri luka pascabedah amsih dirasakan
	Jam 13.05	R: Perawat melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 2. Melakukan identifikasi skala, lokalisasi , durasi dan karakteristik nyeri	S: - klien mengatakan nyeri luka pascabedah masih dirasakan - Skala nyeri 5 rentang 1-10 O:	1		Jam 13.10	R: Perawat melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 2. Melakukan identifikasi skala nyeri, lokalisasi, durasi, dan karakteristik nyeri

1	Jam 13.15	R: Pasien mengatakan skala nyeri 6	- Klien masih tampak meringis saat merubah posisi tidur	1	Jam 13.20	R: Pasien mengatakan skala nyeri 5 rentang (1-10)	- Tanda tanda vital Td : 115/76, nadi : 89, rr: 20, suhu: 36	
	Jam 13.20.	3. Mengidentifikasi respon non verbal pasien pada saat pengkajian R: Pasien tampak meringis menahan sakit pada saat mobilisasi	- Klien mampu melakukan relaksasi nafas dalam saat ada respon nyeri	1		Jam 13.30	3. Mengidentifikasi respon non verbal pada saat pengkajian R: Pasien tampak meringis saat perubahan posisi tidur	- Klien tampak berhati hati saat merubah posisi tidur A: Masalah belum teratasi
	Jam 13.30	4. Mengajarkan dan menganjurkan relaksasi nafas dalam saat nyeri R: Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam	- Tanda tanda vital pasien TD : 110/70, nadi : 95, Rr: 22, suhu : 36,0	1		Jam 13.30	4. Menganjurkan relaksasi nafas dalam saat ada respon nyeri R: Pasien mampu melakukan	P: Intervensi dilanjutkan Diagnosa ke 2 : S: - O: - Tampak luka operasi

1	Jam 13.35	5. Melakukan pemeriksaan TTV R: Td : 121/78 mmhg, nadi: 100x menit, rr: 20x/menit, suhu 36,9 spo2 : 100%	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	2		relaksasi nafas dalam	tertutup perban sepanjang 12 cm
1	Jam 13.40	6. Mengidentifikasi minat pasien terhadap tindakan Seft R: Pasien bersedia untuk dilakukan tindakan seft	Diagnosa ke 2 (gangguan integritas kulit S: - O: - Luka operasi tertutup perban , rembesan tidak ada - Klien tampak berhati2 saat beraktivitas	2	Jam 13.40	5. Melakukan pemeriksaan tanda tanda vital R : Hasil pemeriksaan ttv td : 124/81 (89), nadi 95x/mnt, rr : 20, suhu 36 spo2 99%	- Tidak ada rembesan pada luka operasi
2		7. Menjelaskan tentang strategi meredakan nyeri dengan seft		1	Jam 14.10	6. Mengidentifikasi minat pasien terhadap tindakan SEFT R: Pasien bersedia untuk dilakukan tindakan SEFT	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
				2	Jam 14.30	7. Menjelaskan tentang strategi	Nurhaolah

3	Jam 14.00	R: Pasien mengerti dengan penjelasan petugas	dan merubah posisi		mengurangi nyeri dengan tindakan seft	
3	Jam 15.00	8. Melakukan tindakan seft kepada pasien R: Pasien mengatakan setelah tindakan lebih rileks dan tenang.	A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan Diagnosa ke 3 : Hambatan religiusitas S: - O: - Klien sudah mau melakukan kegiatan ibadahnya		R: Pasien paham dengan penjelasan yang disampaikan oleh perawat 8. Melakukan tindakan seft kepada pasien R: Pasien merasa lebih enak dan rileks setelah dilakukan seft	
1	Jam 15.30	9. Mengkaji ulang skala nyeri post tindakan seft R : pasien mengatakan skala nyeri 5 Mengobservasi luka pascabedah R: luka operasi tertutup perban ,	dengan dibantu orang tuanya	Jam 15.30	9. Mengkaji ulang skala nyeri R: Skala nyeri 5 rentang 1-10	

1	Jam 18.15	<p>12. Melakukan bimbingan pasien untuk melaksanakan shalat dan berdoa sambil tidur dengan dibantu oleh ibunya</p> <p>13. Membantu ADL pasien R: Pasien tampak berhati hati saat dibantu aktivitas</p> <p>14. Memberi th/ceftriaxon 1gr iv R: Pasien tidak ada efek alergi setelah pemberian obat</p> <p>15. Memberi th/omz 40 mg iv</p>			<p>13. Memberi th/dexketoprofen 50 mg iv R: Pasien tidak ada efek samping dari pemberian analgetik</p> <p>14. Memberi th/ceftirioxone 1 gram iv R: Pasien tidak ada efek samping pemberian analgetik</p>	
	Jam 18.30					

		<p>R: Pasien tidak ada efek alergi setelah pemberian obat</p> <p>16. Memberikan edukasi mengenai kebutuhan spiritual pasien selama pasien sakit</p> <p>R: Pasien dan keluarga paham dengan penjelasan petugas</p>					
1	<p>Kamis, 17/10/2024 Jam 13.00</p>	<p>1. Melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan ke pasien</p> <p>R: Perawat melakukan hand hygiene sebelum</p>	<p>Diagnosa ke 1 S: -Klien</p> <p>mengatakan nyeri yang dirasakan</p>	1	<p>Jumat, 18/10/2024 Jam 08.30</p>	<p>1. Melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan pada pasien</p> <p>R: Perawat melakukan hand</p>	<p>Diagnosa ke 1 S: - Klien</p> <p>mengatakan nyeri luka pascabedah</p>

1	Jam 13.10	dan sesudah tindakan ke pasien	lumayan berkurang		Jam 08.35	hygiene sebelum dan sesudah tindakan pada pasien	sudah berkurang
1	Jam 13.15	2. Melakukan pemeriksaan tanda vital	-Skala nyeri 4 rentang 1-10		Jam 08.40	2. Melakukan pemeriksaan tanda vital	- Skala nyeri 4 rentang 1-10
1	Jam 13.20	R: TD : 110/76, Nadi : 89, Rr: 18, suhu : 36,0	O: -Klien terlihat lebih rileks -Klien mampu melakukan relaksasi		Jam 09.00	Respon : Ttv pasien Td: 115/78, nadi : 88, rr: 22, suhu 36,spo2 : 99%	O: - Klien mampu relaksasi nafas dalam saat ada respon nyeri
1		3. Melakukan pengkajian skala nyeri	relaksasi nafas dalam saat ada respon nyeri		Jam 09.10	3. Melakukan pengkajian skala nyeri	- Tanda tanda vital td :
2	Jam 14.00	R: Skala nyeri pasien rentang 5 (1-10)	-Meringis nyeri saat merubah posisi tidur masih ada	2	Jam 09.30	R: Skala nyeri 5 rentang 1-10	100/76, nadi : 80 x/mnt, rr: 19x/mnt.
	Jam 15.00	4.Memberikan dan mengajarkan teknik seft pada pasien			Jam 09.40	4. Melakukan tindakan seft pada pasien	Suhu : 36,4 A : Masalah belum teratasi

1		dilakukan seft terasa lebih rileks dan nyaman	-Tanda tanda vital td : 110/70, nadi 87x/mnt, rr: 18x/mnt, suhu 36,6		Jam 11.00	R: Pasien merasa rileks dan tenang setelah dilakukan seft	P: Intervensi dilanjutkan
3	Jam 16.00	5. Mengkaji ulang skala nyeri pasien		2		5. Mengevaluasi respon pasien saat ada nyeri	Dx ke 2 S: - O: - Tampak luka operasi tertutup
3	Jam 16.30	6. Mengobservasi luka pascabedah pasien	A: Masalah belum teratasi	1	Jam 11.10	R: Pasien mampu melakukan relaksasi nafas dalam saat ada respon nyeri	perban - Luka operasi pada perban tidak ada
	Jam 16.40	R: Luka operasi tertutup perban Tidak tampak tanda tanda infeksi	P: intervensi dilanjutkan Dx ke 2 : S: - O: -klien tampak hati2 saat melakukan aktivitas		Jam 13.00	6. Membantu ADL pasien dan menginformasikan untuk mobilisasi bertahap	rembesan dan tanda infeksi A : Masalah belum teratasi
2		7. Memberi th/ketorolac 30 mg iv	-luka operasi tertutup			R: Pasien mampu untuk merubah	P: Intervensi dilanjutkan

		<p>R: Pasien tidak ada efek samping dari analgetik</p> <p>8. Membantu pasien untuk melakukan kegiatan bimbingan shalat</p> <p>R: Pasien mau belajar mandiri untuk melakukan bimbingan shalat</p> <p>9. Mengajarkan kepada keluarga tentang pentingnya kebutuhan spiritual pada pada saat sakit</p> <p>R: Pasien dan keluarga paham</p>	<p>perban , rembesan tidak ada</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dianjurkan</p> <p>Dx ke 3</p> <p>S: -</p> <p>O: -Klien sudah belajar mandiri untuk melakukan kegiatan ibadahnya</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>Nurhaolah</p>		<p>posisi tidur secara mandiri dan mobilisasi sudah lumayan aktif</p> <p>7. Memberikan informasi mengenai tanda dan gejala infeksi</p> <p>R: pasien paham dan mengerti dengan penjelasan petugas</p> <p>8. Menganjurkan diet tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>9. Memberi th/pct 1 gr iv</p> <p>R: Pasien tidak ada efek samping</p>	Nurhaolah
3						
2	Jam 17.00					
2	Jam 18.00					

		<p>dengan penjelasan perawat</p> <p>10. Melakukan tindakan pelepasan DC</p> <p>11. Memberikan edukasi mengenai pentingnya nutrisi tktp untuk menunjang penyembuhan luka</p> <p>R: Keluarga paham dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>12. Memberikan informasi mengenai tanda tanda infeksi pada luka operasi</p>				<p>pemberian obat analgetik</p>	
--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

		<p>13. Memberikan th/ ondansetron 4 mg iv R: Pasien tidak ada efek samping pemberian obat</p> <p>14. Memberikan th/ ceftriaxon 2 gram iv R: Pasien tidak ada alergi obat antibiotik</p>					
1	Jumat, 18/10/2024 Jam 08.14	<p>1. Melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan kepada pasien R: Perawat melakukan hand hygiene sebelum</p>	<p>S: - Klien mengatakan nyeri sudah jauh berkurang</p>	1	Sabtu , 19/10/2024 Jam 08.15	<p>1. Melakukan hand hygiene sebelum dan sesudah tindakan kepada pasien R : Perawat melakukan hand hygiene sebelum</p>	<p>S: - Klien mengatakan nyeri sudah jauh berkurang</p>

2	Jam 08.20	dan sesudah tindakan	- Skala nyeri 3 rentang 1-10		Jam 08.20	dan sesudah tindakan	- Skala nyeri 3 rentang 1-10
	Jam 08.30	2. Melakukan pemeriksaan TTV R: Ttv pasien Td: 110/70, nadi :88, rr: 18, suhu 36, spo2 99%	O : - Tanda tanda vital : 114/76, nadi : 78, rr: 22, suhu 36,0		Jam 08.30	2. Melakukan pemeriksaan ttv pasien R: Ttv td: 109/78, nadi 87, rr 18x/mnt, suhu 36,6 spo2 99	O: - Meringis pada pasien berkurang
	Jam 09.00	3. Melakukan pengkajian skala nyeri R: Skala nyeri 4 rentang 1-10	- Luka operasi tertutup perban , luka kering	2	Jam 08.35	3. Melakukan pengkajian skala nyeri R : skala nyeri 4 rentang 1-10	- Klien mampu relaksasi nafas dalam saat ada nyeri
	Jam 09.20	4. Melakukan tindakan seft R : Pasien mengatakan Jauh lebih rileks dan nyaman	- Tidak ada tanda tanda infeksi	2	Jam 09..10	4. Melakukan tindakan seft R: Pasien mengatakan jauh	- Luka operasi kering dan tidak ada tanda tanda infeksi
	Jam 10.00		- Meringis pada pasien		Jam 09.45		
	Jam 10.30				Jam 10.30		

	Jam 11.00 Jam 13.00	<p>5. Mengkaji ulang skala nyeri post tindakan R : klien mengatakan skala nyeri 3 rentang 1-10</p> <p>6. Melakukan tindakan perawatan luka dengan teknik steril R: luka kering tidak ada tanda tanda infeksi</p> <p>7. Memberi edukasi tentang perawatan di rumah R: pasien dan keluarga paham dengan penjelasan perawat</p>	<p>sudah berkurang A : Masalah teratasi</p>		Jam 11.00	<p>lebih rileks dan tenang</p> <p>5. Mengkaji ulang skala nyeri pasien R: skala nyeri 3 rentang 1-10</p> <p>6. Melakukan tindakan perawatan luka dengan prinsip steril R: luka terlihat kering tidak ada tanda tanda infeksi</p> <p>7. Memberikan edukasi tentang perawatan di rumah</p>	<p>A : Masalah teratasi Nurhaolah</p>
--	----------------------------	--	---	--	-----------	--	---

		8. Mempersiapkan pasien untuk pulang				R: Pasien dan keluarga paham dengan penjelasan petugas 8. Mempersiapkan adm pasien untuk pulang	
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--